

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv
Zaaknummer : 202102411
Zittingsdatum : 5 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 13 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 14 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 juli 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 8 augustus 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022028781) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 augustus 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 oktober 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 oktober 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 8 augustus 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van eveneens 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 1P (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor behandelingen van plastisch chirurgische aard en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft op 24 september 2013 een operatie ondergaan waarbij haar baarmoeder is verwijderd. Aan deze ingreep heeft zij een verticaal litteken overgehouden. Na de operatie heeft verzoekster besloten om te gaan afvallen hetgeen leidde tot een aanzienlijk gewichtsverlies (circa

55 kilo). De overhangende buikhuid in combinatie met het litteken veroorzaakte (lichamelijke) klachten. Om deze klachten te verminderen heeft de plastisch chirurg verzoekster geadviseerd een buikwandcorrectie te laten uitvoeren. Hiervoor is op 27 oktober 2020 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 december 2020 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat bij haar geen sprake is van een (verzekerings)indicatie. Verzoekster heeft vervolgens besloten de operatie voor eigen rekening te ondergaan.

3.4. Bij brief van 8 november 2021 heeft de behandelend plastisch chirurg het volgende over verzoekster verklaard:

"Op 6-9-21 opereerde ik [naam verzoekster] aan een abdominoplastiek in verband met pijnklachten abdomen in verband met littekens vorige operatie. Tijdens de operatie trof ik een forse rectus diastase aan (welke ik heb gereefd) en bleek het oude litteken verkleefd aan het buikwandfascie (welke ik heb losgemaakt).

Nu 6 weken na de operatie zijn de pijnklachten van [naam verzoekster] fors afgenomen. Ik denk dan ook dat er een medische indicatie was voor het uitvoeren van deze abdominoplastiek."

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Onder meer bij brief van 6 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Bij brief van 8 augustus 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.

3.7. Bij brief van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de bij haar uitgevoerde buikwandcorrectie moet vergoeden.

4.2. In dit verband stelt zij dat, na het afvallen, de overhangende buikhuid sterk op het litteken drukte. Hiervan ervoer zij veel (pijn)klachten, vooral bij het bewegen. De pijnklachten waren niet alleen overdag aanwezig, maar ook in de nacht. Ondanks het gebruik van zware pijnmedicatie werd verzoekster meerdere keren per nacht wakker. Omdat de pijnklachten niet meer vol te houden waren, heeft zij op 6 september 2021 voor eigen rekening een buikwandcorrectie laten uitvoeren. Tijdens deze ingreep werd duidelijk dat ook de buikspieren beschadigd waren, waarna deze direct zijn hersteld.

Inmiddels zijn de klachten fors afgenomen, maar wijst de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de uitgevoerde ingreep af. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af met welke reden er is gekozen voor een buikwandcorrectie en niet voor een littekencorrectie. In reactie hierop heeft de behandelend plastisch chirurg verklaard dat met een littekencorrectie de rectus diastase niet werd verholpen. Deze verklaring brengt met zich dat verzoekster, als het advies van de ziektekostenverzekeraar was gevolgd, dus meerdere keren had moeten worden geopereerd. Verzoekster kan dit niet volgen omdat, nog los van het feit dat een operatie zeer belastend is voor een patiënt, dit ook een veel duurdere oplossing is.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat zij door de ziektekostenverzekeraar op geen enkele wijze is begeleid. Van de zijde van de ziektekostenverzekeraar bestond was van enige vorm van meedenken geen sprake.

4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij de namens verzoekster ingediende aanvraag voor een buikwandcorrectie heeft afgewezen omdat een verzekeringsindicatie hiervoor ontbreekt. Van belang is hierbij dat uit een eerdere uitspraak van de commissie (202001837) volgt dat de beoordeling van de machtiging altijd vooraf moet plaatsvinden en niet tijdens of na de ingreep op basis van bevindingen gedurende de operatie. De behandelend plastisch chirurg heeft verklaard dat tijdens de operatie is gebleken dat de buikspieren van verzoekster niet meer intact waren, waarna de rectus diastase is gereefd. Omdat in de aanvraag niet wordt gesproken over een rectus diastase, wordt dit ook niet meegenomen in de beoordeling. Wel dient in het algemeen te worden opgemerkt dat het reven van een rectus diastase is voorbehouden aan een GE-chirurg, omdat als dit moet gebeuren op grond van een medische indicatie, het een grote ingreep betreft die niet thuishoort bij de expertise van een plastisch chirurg.

Verder geldt dat verzoekster als reden voor de buikwandcorrectie heeft aangevoerd dat zij last heeft van een litteken. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover contact gehad met de behandelend plastisch chirurg. Dit om navraag te doen waarom is gekozen voor een buikwandcorrectie en niet voor een littekencorrectie. Tijdens dit contact heeft de plastisch chirurg verklaard dat een littekencorrectie de problemen met de rectus diastase niet zou verhelpen. Deze reactie verbaast de ziektekostenverzekeraar, aangezien de rectus diastase volgens de stellingen van verzoekster pas is gebleken tijdens de operatie.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat alleen als een verzekerde actief contact opneemt er informatie kan worden gegeven over welke behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen.

5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

6.1. In het voorlopig advies van 8 augustus 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Verminking

Verzoekster heeft een geringe huidsurplus van de onderbuik, en een pijnlijk litteken. Uit de bijgevoegde foto's komt echter niet naar voren dat er sprake is van een PRS graad 3 of een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Er kan derhalve geconcludeerd worden dat er geen sprake is van verminking zoals bedoeld in de regelgeving.

Lichamelijke functiestoornissen

Er is bij verzoekster geen sprake van smetten, dit wordt bevestigd door de behandelend plastisch chirurg. Verzoekster wordt wel beperkt in haar beweging door het litteken op de buik. Volgens de VAV-richtlijn is er sprake van een ernstige bewegingsbelemmering, en dus een indicatie voor vergoeding, wanneer een overhangend buikschot tot minimaal 1/4 van het bovenbeen reikt. Hier is bij verzoekster geen sprake van. De bij de operatie geconstateerde rectus diastase valt ook niet onder de bewegingsbeperking. Er is derhalve geen sprake van een lichamelijke functiestoornis.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een verminking of lichamelijke functiestoornis. Verzoekster kan

derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een abdominoplastiek ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor een abdominoplastiek en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over behandelingen van plastisch chirurgische aard zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij haar uitvoerde buikwandcorrectie.

Zorgverzekering

- 8.3. Bij de ziektekostenverzekeraar is op 27 oktober 2020 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor het "opereren van de buikwand, het opnieuw inhechten van de navel en het inkorten van het bindweefselvlies van de buikwand". Gelet op de gegeven onderbouwing is bij de ziektekostenverzekeraar de vraag opgekomen waarom niet is gekozen voor een littekencorrectie. Verzoekster heeft aangevoerd dat indien die behandeling bij haar zou zijn uitgevoerd, er meerdere operaties nodig waren geweest. Volgens vaste jurisprudentie van de commissie is de ingediende aanvraag leidend en moet worden beoordeeld of deze terecht is afgewezen. Dit betekent dat hetgeen partijen over en weer hebben gesteld over de mogelijkheid van een littekencorrectie geen verdere bespreking behoeft. Die behandeling is immers noch aangevraagd noch bij verzoekster uitgevoerd.
- 8.4. De zorgverzekering biedt dekking voor plastisch chirurgische behandelingen, waaronder een buikwandcorrectie. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in het bepaalde op de pagina's 42 en 43 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het aldaar bepaalde is gebaseerd op de artikelen 2.4 Bzv en 2.1 Rzv, en nader uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard (2019)' van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV Werkwijzer), die in situaties als deze als richtlijn wordt gehanteerd en die ook door de commissie voor de beoordeling wordt toegepast.

- 8.5. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooiën. Een ernstige bewegingsbeperking is aanwezig indien de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengte af van het bovenbeen bedekt, zo blijkt uit een toelichting op de wijziging van de onderliggende regelgeving waarmee de - voordien uitgesloten - buikwandcorrectie onder de verzekerde zorg is gebracht. Gesteld noch gebleken is dat dit bij verzoekster vóór de ingreep aan de orde was.
- Verzoekster stelt dat zij vanwege de overhangende buikhuid pijnklachten ondervond. Zo drukt de overhangende buikhuid tegen het ter plaatse aanwezige litteken. De commissie merkt hierover op dat de wetgever een beperkte invulling heeft willen geven aan het begrip ernstige bewegingsbeperking. Pijnklachten, hoezeer de commissie ook begrijpt dat deze voor verzoekster erg belastend waren, vormen in dit kader geen (verzekerings)indicatie. Dat laatste geldt overigens ook voor de - al dan niet tijdens de ingreep - geconstateerde rectus diastase.
- 8.6. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooiën. Dit zijn door een dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooiën die altijd daar aanwezig zijn en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Verzoekster heeft verklaard dat zij vóór de operatie geen last had van smetten, zodat in haar geval niet kan worden gesproken van *onbehandelbaar smetten*.
- 8.7. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, NO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Hiervan is bij verzoekster niet gebleken.
- Verminking kan voorts aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3. De behandelend plastisch chirurg heeft verklaard dat dit bij verzoekster niet het geval was. Dit betekent dat bij verzoekster, voordat zij werd geopereerd, geen sprake was van verminking als bedoeld in van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.8. Verzoekster voldoet aldus niet aan de voorwaarden zoals genoemd op de pagina's 42 en 43 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 8 augustus 2022. Verzoekster had ten tijde van de operatie geen (verzekerings)indicatie voor een buikwandcorrectie. Daarom heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de hiermee gemoeide kosten ten laste van deze verzekering.

Slotsum

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 oktober 2022,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

(...)

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)

Verwijzing

U heeft alleen recht op niet-klinische dialyse als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

i Let op

De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen vallen onder hulpmiddelenzorg. Kijkt u voor meer informatie in het Verzekeringsreglement.

Oncologische hulp voor kinderen

Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloeden lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.

Welke zorg

U heeft recht op registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting, verlamde of verslapte bovenoogleden, als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

i Let op

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis, behalve als deze medisch noodzakelijk is,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij u toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Revalidatie (medisch specialistisch)

Medisch specialistische revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van